

Allaitement en maternité : les clefs pour réussir

Dr Marc PILLIOT
Pédiatre

Un allaitement réussi, c'est un allaitement qui dure le temps qu'avait prévu et imaginé la mère. Réussir son allaitement, c'est très valorisant pour elle. A l'inverse, ne pas allaiter le temps prévu est toujours vécu par la mère comme un échec personnel qui la marque pour longtemps.

Réussir son allaitement en France peut être une véritable gageure, car nous sommes dans une culture de « non-allaitement ». Nombreuses sont les femmes qui aimeraient allaiter leur enfant, mais qui en abandonnent déjà l'idée avant même la naissance, par manque d'information. Une femme sur deux arrive à allaiter, rarement plus d'un mois.

Ainsi l'entourage de la mère ne connaît pas bien l'allaitement et peut difficilement l'aider. Les professionnels de santé sont souvent insuffisamment formés. Quant aux médecins, ils ont juste une heure de cours pendant les études médicales et pas de formation continue sur le sujet. Pourtant il s'agit d'un sujet fondamental de Santé Publique et le conseil d'arrêter l'allaitement est toujours dommageable.

A) Pour la mère, la 1^{ère} étape sera donc de s'informer avant la naissance pour ne pas être victime de conseils mal adaptés :

- S'informer auprès des sages-femmes, lors des consultations ou lors des préparations à l'accouchement
- S'informer auprès des associations de soutien aux mères (La Leche League, Solidarilait, associations locales) : leurs réunions permettent de rencontrer d'autres mères qui allaitent encore et de glaner des renseignements précieux pour la pratique de l'allaitement. Ainsi informée, la maman sera plus à l'aise lors des 1ers jours après l'accouchement. Bien des pièges pourront ainsi être évités.
- Pendant la grossesse, il peut être utile et rassurant pour une jeune mère de chercher une maternité dont l'ambiance et l'accueil sont favorables à l'allaitement maternel. L'allaitement maternel, c'est aussi tout un accueil chaleureux des parents et du bébé, c'est aussi un projet de naissance...

B) Au moment de la naissance, les 1^{ères} heures et les 1ers jours sont une période capitale pour un bon démarrage de l'allaitement.

Les conditions qui contribuent à son succès sont scientifiquement validées. Elles sont regroupées dans les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF qui sont la base de l'initiative « Hôpital Ami des Bébé ».

Pour réussir son allaitement, il faut donc :

- Une mise au sein le plus tôt possible après la naissance
- Une prise de sein correcte par le bébé : c'est le facteur essentiel +++
- Des tétées fréquentes, sans restriction de durée
- Une cohabitation mère-bébé 24 heures sur 24
- Proscrire les tétines artificielles et éviter les compléments, sauf indication médicale

1. Une mise au sein le plus tôt possible après la naissance. Les conditions d'accueil du nouveau-né vont jouer ici un rôle essentiel.

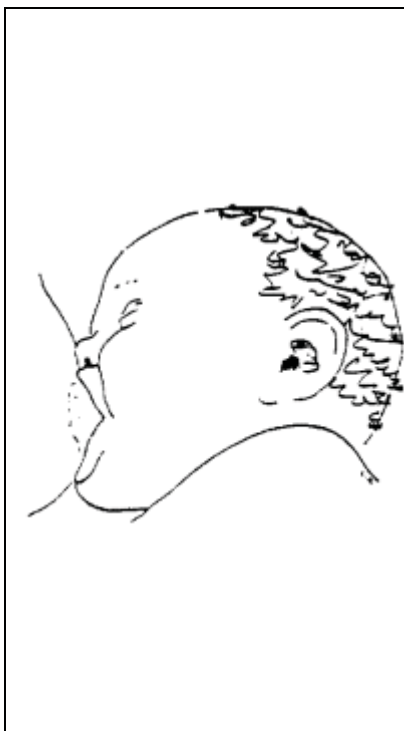
En effet, après la naissance, le nouveau-né sain présente une période d'environ deux heures en éveil calme et en alerte, propice aux apprentissages et à leur mémorisation. Si, après avoir été essuyé, le bébé est laissé tranquille peau contre peau sur le ventre de sa mère, il va ramper jusqu'au sein, puis il va prendre le mamelon de sa propre initiative et commencer à téter. Ce processus de « foussement » peut prendre une heure ou plus.

Pendant toute cette période, la mère et le nouveau-né doivent donc rester ensemble, sans être dérangés, car ces réflexes peuvent être facilement perturbés par nos pratiques de soins habituels. L'aspiration naso-pharyngée ne doit pas être systématique ; les soins de routine (mensurations, cordon, etc...) seront reportés plus tard ; la lumière vive et le bruit seront évités.

Le contact précoce et prolongé entre le nouveau-né et sa mère facilite donc la mise en route de l'allaitement maternel, mais il a aussi beaucoup d'autres avantages (voir l'exposé du Dr Gisèle Gremmo-Féger sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance). **Cette rencontre tranquille à la naissance sera bénéfique aussi pour les nouveau-nés qui ne seront pas allaités.**

Cette façon d'accueillir le nouveau-né nous oblige à revoir nos pratiques de soins pour qu'elles soient plus respectueuses de la biologie de la mère et de l'enfant, et plus favorables à la réussite de l'allaitement maternel et au lien mère-enfant. Bien évidemment il faut aussi rester attentif à la sécurité physiologique : être vigilant, mais sans participation active si tout va bien. La technique doit rester dans les coulisses, prête à agir seulement en cas de difficultés.

2. Une prise correcte du sein : une bonne position est nécessaire pour obtenir une tétée efficace et non douloureuse.



- Mère installée confortablement, détendue
- Bébé complètement face à sa mère, « à plat ventre sur elle », maintenu par le dos et la nuque (et non pas derrière la tête)
- La tête du bébé dans l'axe du corps, légèrement inclinée en arrière pour que le mamelon pointe vers le palais,
- La bouche grande ouverte pour que le bébé prenne le mamelon et l'aréole le plus loin possible
- Le menton arrive en 1^{er} sur le sein et est collé au sein
- Le bébé baisse la langue et la tire ; il saisit une large partie de l'aréole. La prise de l'aréole est légèrement asymétrique, avec une prise plus importante de l'aréole inférieure
- Les lèvres sont largement déroulées sur le sein
- Le nez est naturellement dégagé (pas de doigt qui appuie sur le sein)

- Au début, le bébé est très éveillé, attentif, concentré sur ce qu'il fait, les poings fermés.
- La mâchoire supérieure reste immobile et c'est la mâchoire inférieure qui fait des mouvements d'ouverture et de fermeture en 3 temps : ouverture avec baisse du maxillaire inférieur pour créer une forte dépression dans la bouche, pause lors de la déglutition, fermeture.
- Ce mouvement est ample, régulier et se répète en longues salves ininterrompues (8-10-15 salves, voire plus).
- Les déglutitions sont très rapprochées, à chaque mouvement de succion, souvent audibles après l'arrivée du 2^{ème} lait, après le 3^{ème} jour.
- Les pauses sont rares et brèves. Le bébé ne lâche pas le sein.
- Si ces critères ne sont pas retrouvés, s'il n'y a pas de salves, si les pauses sont fréquentes et longues, le bébé « est au sein », mais il ne tète pas.

La cause des mamelons douloureux est le plus souvent une mauvaise position du bébé au sein.

3. L'allaitement au sein à la demande de l'enfant

L'allaitement « sans restrictions », « induit par le bébé », ou encore « en réponse aux signes manifestés par le bébé » permet un bon démarrage de l'allaitement. Cela augmente aussi la durée. Par ailleurs, une telle pratique réduit la perte de poids du nouveau-né et les risques d'ictère important. Cela diminue aussi les risques d'engorgement pour la mère.

C'est important d'adopter un horaire souple et de proposer le sein dès que le bébé manifeste les 1ers signaux de faim. Lorsqu'il s'éveille, le bébé change de respiration, il s'étire et gesticule avec des mouvements des mains vers la bouche, il suce sa langue et ouvre la bouche comme s'il cherchait à attraper un sein au-dessus de son visage, il ouvre les yeux et grogne un peu. Lorsqu'il est dans les bras de sa mère, le bébé recherche et s'oriente vers le sein. C'est dès ces 1ers signes d'éveil qu'il faut réagir. Attendre que le bébé pleure, c'est attendre qu'il s'énerve parce qu'on ne répond pas à son besoin, c'est attendre qu'il soit excité et désorganisé : c'est donc chercher les difficultés alors que le bébé et la maman sont « en apprentissage ».

Le bébé doit pouvoir prendre le sein sans restriction, ni dans le nombre, ni dans la durée des tétées. C'est la succion du bébé qui stimule les sécrétions de Prolactine et d'Ocytocine chez la mère et provoque ainsi la synthèse puis l'extraction du lait. Le volume de lait produit est déterminé essentiellement par la demande de l'enfant. (cf l'article de G. Gremmo-Féger - Editions Erès - Spirale 2003)

Les graisses étant plus longues à fabriquer, la teneur en graisses du lait augmente au fur et à mesure de la tétée. Selon le degré d'extraction du lait, celui-ci est plus ou moins gras. De ce fait, il est important d'aller jusqu'au bout de la tétée pour que le bébé reçoive bien les graisses du lait. Comment reconnaître que le bébé est allé jusqu'au bout de ce que pouvait donner le sein ? D'une part le sein est moins tendu, plus souple et confortable. Et d'autre part, la succion du bébé change : au début on entend le bébé déglutir au bout de 1 à 2 suctions ; en fin de tétée, il faudra 4 à 5 suctions avant que le bébé ne déglutisse.

Au début de la tétée, le bébé est concentré sur ce qu'il fait, les poings fermés ; à la fin, il est relâché avec les mains ouvertes et les pauses sont plus longues. Puis, repu, il lâchera le sein spontanément.

Certains bébés vont prendre tout le lait en 10 à 15 minutes, d'autres mettront 20 à 30 minutes à finir. Certains « sont au sein » mais ne tètent pas vraiment.

Donc une tétée, cela ne se mesure pas dans le temps. L'important est d'observer comment tète l'enfant et comment il déglutit.

Regarder le bébé et non pas la montre.

Certains nourrissons s'endorment facilement en cours de tétée pendant les premières semaines. Il est utile dans ce cas de changer la couche pour les réveiller. La maman remettra le bébé sur le même sein si elle a l'impression que l'enfant n'est pas allé jusqu'au bout. Il est possible parfois de comprimer le sein pour aider le lait à sortir. Le bébé recevra ainsi le lait de fin de tétée, riche en graisses, qu'il n'avait pas pris avant de s'assoupir. Lorsque les tétées sont trop courtes (10mn à chaque sein comme il est souvent dit dans certaines maternités), le nouveau-né n'a pas le temps de recevoir les graisses du lait et il prend alors surtout du lactose. Cela pourrait favoriser les « coliques ».

Quand le bébé est allé jusqu'au bout de ce que peut donner le 1^{er} sein, il est possible de lui « proposer » le 2^{ème} sein : l'enfant prendra ou ne prendra pas, selon qu'il a envie d'un dessert ou pas. La prise du 2^{ème} sein sera donc variable selon les enfants et selon les moments de la journée.

La majorité des bébés tètent en moyenne 8 à 12 fois par jour, voire plus souvent. En fait, le comportement « normal » d'un bébé au sein est mal connu et le besoin de téter souvent ne doit pas être interprété comme une insuffisance de lait. Sur les 24 heures, il y aura des vraies tétées-repas qui durent assez longtemps, mais aussi quelques tétées-câlins qui durent quelques minutes. Les adultes font un peu la même chose lorsqu'ils prennent un gâteau ou une tasse de thé entre les vrais repas. Ces tétées sont utiles pour stimuler les sécrétions de Prolactine et d'Ocytocine et elles permettent de maintenir une bonne lactation.

« Les seins fonctionnent si on les met en route, ils végètent si on les fait végéter, ils s'arrêtent s'ils fonctionnent peu. Les bases, les voilà. » Dr Marie THIRION

Si le nouveau-né tète efficacement et en bonne position, le colostrum va augmenter et le bébé semblera repu. Vers le 3^{ème} jour le deuxième lait va arriver, les seins vont devenir tendus, les selles du bébé vont se modifier et devenir marron foncé puis jaunâtres, les urines vont devenir abondantes et la courbe de poids va devenir ascendante. La déglutition lors des tétées devient plus facilement audible. La maman a soif à la fin de chaque tétée.

***Les 1ers jours, la tétée s'observe.
Les jours suivants, la tétée s'observe et s'écoute.***

4. La cohabitation mère-bébé 24 heures sur 24

Le rite de prendre le bébé à la nursery pendant la nuit pour préserver le sommeil de la mère n'a pas de justification scientifique. Au contraire, plusieurs études montrent que la présence du bébé dans la chambre de la mère ne trouble pas vraiment le sommeil maternel et améliore le sommeil du bébé et son bien-être.

Lorsque le nouveau-né est séparé de sa mère, il est privé du toucher, de la chaleur corporelle, des mouvements et de la respiration de sa mère ; il est privé des sons et des odeurs connues. Tout est là pour qu'il soit perdu et inquiet, lui qui vient de changer de monde et qui cherche sans cesse ses repères sensoriels.

Au contraire, la proximité mère-bébé permet à chacun de détecter divers signaux sensoriels émis par l'autre (sons, mouvements, odeurs, vue) et d'y répondre. Pendant la nuit, il existe une régulation physiologique entre la mère et son bébé, un comportement synchrone (J. McKenna, 2005).

La maman et son nouveau-né apprennent ainsi à se connaître (« co-naître »). Cette cohabitation est donc bénéfique pour l'attachement. Elle sera bénéfique **pour tous les bébés, y compris ceux qui ne sont pas allaités.**

La cohabitation mère-bébé jour **et** nuit permet d'allaiter réellement à la demande. La maman sera réveillée progressivement dès les premiers signaux de faim et non pas brusquement, en sommeil profond, par une auxiliaire qui lui apporte un bébé déjà bien excité par ses pleurs, voire déjà rendormi de fatigue.

Les tétées nocturnes provoquent un taux de Prolactine plus élevé et favorisent donc l'allaitement. La durée de l'allaitement est plus longue lorsque la cohabitation mère-bébé est prolongée. Par ailleurs, les tétées ont un effet soporifique qui facilite l'apaisement et le réendormissement de la mère.

5. Ne pas donner de tétines ni de compléments de lait artificiel

sauf ceux médicalement indiqués.

La façon, dont le bébé fait fonctionner sa langue et ses mâchoires pour téter, n'est pas du tout la même au sein et au biberon. La prise d'un biberon ou d'une tétine pendant les 1ères semaines peut créer une ambiguïté et le bébé risque de « préférer » la facilité d'écoulement du biberon. Perturbé dans son apprentissage, le nouveau-né risque ensuite de mal prendre le sein, de ne pas obtenir suffisamment de lait, voire d'induire des douleurs et des lésions des mamelons chez sa mère. Par ailleurs et surtout, donner un biberon est un bon moyen pour suggérer à la maman qu'elle n'a pas assez de lait. C'est lui faire perdre confiance en elle-même et, à la moindre difficulté, elle risque d'abandonner. Cette baisse de confiance en sa capacité d'allaiter est une cause importante d'échecs de l'allaitement.

Si des compléments sont nécessaires (et ils le sont rarement), il faut les donner autrement qu'au biberon pendant les 1ères semaines. On les donnera à la tasse, à la cuillère, à la seringue...en prenant bien garde de ne pas gêner le mouvement naturel de la langue. On essaiera toujours de donner d'abord du lait maternel extrait manuellement et recueilli à la cuillère ou au verre.

L'utilisation de compléments de lait artificiel est généralement liée à la crainte de l'hypoglycémie et à la peur que les apports nutritionnels soient insuffisants pendant les 1ers jours de vie. **Il s'agit le plus souvent d'utilisation abusive et injustifiée.** Avant de prescrire un complément, il faut bien prendre conscience que (Gremmo-Féger, 2003) :

- a) Dans les conditions physiologiques, un nouveau-né à terme et de poids normal est parfaitement équipé pour passer sans difficultés la transition vers la vie extra-utérine. Il possède en effet de grandes quantités d'eau extracellulaire et des réserves énergétiques de glycogène hépatique et de tissu adipeux brun. De plus, il a la capacité exceptionnelle de pouvoir utiliser des substrats glucoformateurs comme les corps cétoniques, le lactate et le glycérol. Dans le post-partum immédiat, le nouveau-né va puiser dans ses réserves et consommer des quantités progressivement croissantes de colostrum.
- b) La perte de poids des premiers jours, dite « physiologique », est liée en grande partie à l'élimination du méconium et à une perte d'eau par évaporation. Selon les études, elle est en moyenne de l'ordre de 4 à 8 % du poids de naissance. Les nouveau-nés qui perdent 10 % ou un peu plus ont une glycémie normale et réduisent d'eux-mêmes l'intervalle de temps entre les tétées. Les nouveau-nés de mères ayant accouché sous péridurale perdent plus de poids.
- c) Les risques d'hypoglycémie néonatale sont limités :
 - Prématurité
 - Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
 - Nouveau-né de mère diabétique, surtout si le diabète est mal équilibré
 - Asphyxie périnatale, infection materno-foetale, détresse respiratoire
 - Polyglobulie
 - **Hypothermie +++**
 - Syndrome de Weidman-Beckwith

Les macrosomes sans autres facteurs de risques associés ne sont pas à risque d'hypoglycémie. ++

- d) Pour les nouveau-nés à terme, bien portants, allaités (OMS 1997 ; ABM 1999)
 - L'hypoglycémie n'est pas la conséquence d'apports alimentaires insuffisants
 - Le lait maternel seul permet de couvrir les besoins nutritionnels
 - Il n'y a pas besoin de contrôle systématique de la glycémie, ni de complément d'eau ou de lait artificiel
 - L'allaitement doit être mis en route précocement et poursuivi à la demande
 - Même si les tétées sont espacées les 1ers jours, rien n'indique que cela a un effet délétère sur des nouveau-nés bien portants, en neutralité thermique et allaités chaque fois qu'ils montrent qu'ils sont prêts à téter.
 - L'hypothermie est une cause fréquente d'hypoglycémie chez le nouveau-né : sa prévention est fondamentale +++ d'où l'importance du peau contre peau en salle de naissance.

Après toutes ces considérations, on voit bien que le bébé peut faire face à toutes les situations **s'il arrive à augmenter progressivement sa consommation de lait, si les tétées sont efficaces et s'il a accès au sein sans restriction.** Avant tout apport de complément, il est donc fondamental d'apprécier la situation et de savoir si la production de lait est suffisante et si l'enfant est bien capable de prendre assez de lait du sein.

Les indications médicales des compléments en maternité sont donc limitées (5) :

- a) Indications liées à la mère :
 - Séparation mère / enfant, la mère étant hospitalisée. Lorsque le bébé est transféré, celui-ci peut recevoir le lait maternel exprimé avec un tire-lait
 - Contre-indication temporaire à l'allaitement en raison de médicaments après l'accouchement (rares sont les médicaments incompatibles)
 - L'insuffisance de lait documentée : hypoplasie mammaire, antécédents de chirurgie mammaire, retard à l'établissement de la lactation (au-delà de J4 – J5)
 - Tétées extrêmement douloureuses, insupportables
- b) Indications liées au nouveau-né :
 - Hypoglycémie documentée
 - Nouveau-né à risque d'hypoglycémie **avec** succion inefficace
 - Perte de poids importante (> 8 % ??) **avec** signes de déshydratation **et / ou** succion inefficace **et / ou** retard à l'établissement de la lactation **et / ou** ictère lié à l'allaitement avec bilirubine élevée

Les mauvaises indications des compléments en maternité sont :

- Le faible nombre de tétées pendant les deux premiers jours chez un nouveau-né à terme, en bonne santé, sans facteur de risque
- Le nouveau-né agité et qui tète très souvent, surtout la 2^{ème} nuit.
Il est important d'avertir la mère de « la java de la 2^{ème} nuit ».
Le nouveau-né est bien tonique, actif et éveillé pendant les premières heures, puis il passe par une phase de récupération qui dure 24 à 36 heures et pendant laquelle il dort beaucoup. C'est donc au bout de 36 à 48 heures après la naissance qu'il va se réveiller et s'énerver, un peu comme s'il s'apercevait brutalement que le cordon est coupé et qu'il faut agir pour pouvoir se nourrir. A ce moment-là le bébé peut pleurer toutes les heures, ne sachant pas très bien ce qu'il veut : c'est physiologique et cela dure environ 12 heures. Beaucoup de choses se jouent à ce moment-là : demande de compléments, doute sur la quantité et la qualité du lait, voire l'arrêt de l'allaitement. Si la maman est avertie, elle paniquera moins, elle donnera le sein souvent sans arrière-pensée et cette phase difficile se terminera avec l'arrivée du 2^{ème} lait. Donner un complément de lait artificiel à ce moment-là, c'est prendre le risque de faire dormir le bébé à nouveau longtemps et de casser ainsi le processus physiologique de lactation. C'est aussi suggérer à la mère qu'elle n'a pas assez de lait, alors qu'il s'agit seulement d'une réaction normale de son bébé.
- Les compléments systématiques chez les nouveau-nés à risque d'hypoglycémie, sans analyse de l'efficacité de la succion
- La perte de poids supérieure à 8 % alors que le nouveau-né est en bonne santé (ni déshydraté, ni ictérique), qu'il tète bien et que la mère présente des signes d'installation de la lactation.

C) En pratique, pendant le séjour en maternité, il suffit de rester simple, humain, respectueux des désirs de la mère et du père, mais aussi « professionnel » dans sa démarche et ses observations.

1. L'allaitement est plus qu'une histoire de sein, plus qu'une simple question de nutrition.

C'est tout d'abord un état d'esprit : il s'agit de redonner à la Naissance sa véritable dimension intime, émotionnelle, affective, familiale et sociale, en personnalisant les soins et en laissant des choix aux parents. Pour ce faire, quand la sécurité médicale est assurée, il faut apprendre à ne pas intervenir, savoir s'effacer et respecter le processus physiologique, afin de mieux accueillir toutes les mamans et tous les bébés, **allaités ou non**. L'allaitement devient alors le **prolongement « naturel »** de la grossesse, la suite logique d'une rencontre mère-bébé intime et émouvante.

C'est aussi une question de vocabulaire : ce sont les mots qui donnent du sens. On parlera donc de « salle de naissance » et non pas de « bloc obstétrical » (qui évoque le bloc chirurgical). On parlera de « séjour en maternité », « d'unité familiale » et non pas de « suite de couches ».

C'est aussi toute une ambiance favorable qui sera créée dans la maternité : suppression des publicités pour les laits artificiels ; affichage d'une charte d'allaitement dans les endroits accessibles au public, aux parents ; photos d'enfants, de nouveau-nés, de familles sur les murs dans la maternité ; des lits et des repas disponibles pour les pères ; des coussins et des marchepieds pour aider les mères à trouver une position confortable pour l'allaitement, même en cas de césarienne ; du matériel adapté et moderne pour tirer le lait de la mère en cas de besoin ; des documents récents sur l'allaitement maternel et des mises à niveau régulières pour les professionnel(le)s de la maternité...

C'est aussi le respect du nouveau-né et de ses rythmes. Après la naissance et les premiers jours, le bébé a besoin de retrouver ses repères sensoriels : l'odeur de sa mère, sa voix, ses bruits du cœur, sa respiration. Il a besoin d'être touché, mais aussi et surtout enveloppé à nouveau. Les échanges de regard auront ici de l'importance pour rattacher le bébé à ce monde nouveau où il est accueilli. La bonne place du bébé, c'est donc bien d'être près de sa mère. En cas de refroidissement, le « peau contre peau » sera beaucoup plus bénéfique que la couveuse : cela réchauffe le bébé plus rapidement et cela facilite l'attachement mère-enfant. De plus, le bébé étant près du sein, il pourra téter dès les 1ers signes d'éveil. Par ailleurs, pour les professionnelles de la maternité, le temps gagné à ne pas nettoyer un incubateur pourra être donné aux mères pour les aider et les accompagner.

2. En salle de naissance :

- Essuyer le nouveau-né, l'observer, le poser sur le ventre de sa mère en faisant attention que les regards puissent se rencontrer. Les soins de routine seront faits ultérieurement, juste avant de monter dans la chambre du séjour en maternité.
- Attendre que le bébé exprime le désir de prendre le sein ; ne pas se précipiter
- Il est fondamental de bien observer comment se passe la 1^{ère} tétée : une tétée efficace est de bonne augure pour le démarrage de l'allaitement, une mauvaise succion doit inciter à la vigilance pour les jours suivants
- On appréciera s'il existe déjà du colostrum, s'il perle seulement ou s'il coule facilement

- Les situations à risque d'insuffisance lactée primaire sont rares, mais doivent être dépistées dès la salle de naissance (9 à 18) :
 - Seins n'ayant pas (ou peu) augmenté de volume pendant la grossesse
 - Une hypogénésie mammaire (seins tubulaires, asymétrie importante, espacement important entre les seins)
 - Des antécédents de chirurgie mammaire
 - Une rétention placentaire
 - Une hémorragie du post-partum, voire avec syndrome de Sheehan
 - Une anémie maternelle avec hémoglobine inférieure à 10 g/l
 - Une dystrophie ovarienne

Il est important de repérer ces mères à risque, de les informer, de les soutenir dans leur projet d'allaitement. L'enfant sera surveillé, et si le lait tarde à venir, un complément pourra être envisagé sans culpabilité.
- Un frein de langue trop serré sera sectionné pour qu'il ne gêne pas la succion (19)
- Les conditions difficiles de naissance, les médicaments utilisés seront signalées aux collègues du séjour en maternité

3. Dès le jour de la naissance, dans le service de maternité

- Les signes d'éveil du bébé, les rythmes des 1ers jours et la crise de pleurs de la 2^{ème} nuit seront expliqués à la maman
- Les 1ères tétées se feront en présence d'un soignant pour guider la maman

4. Le lendemain de la naissance, soit à J1 : économiser l'énergie et garder les repères sensoriels.

- Tout sera fait pour que le bébé ne se refroidisse pas : pas de bain au moment de la toilette ; juste lavage des parties sales (cuir chevelu, les fesses) ; prise de température, déshabillage rapide, pesée ; puis rhabillage ou, mieux, mise en peau contre peau pour rassurer le bébé et le réchauffer éventuellement.
- Tout sera fait pour qu'il ne perde pas de vapeur d'eau : éviter les pleurs, prendre le bébé facilement dans les bras (il a besoin de retrouver ses repères sensoriels), lui proposer le sein dès les 1ers signes d'éveil
- Pour les professionnelles, il est fondamental de vérifier comment vient le colostrum, d'observer les seins (recherche de crevasses), de surveiller les tétées, d'aider la mère à trouver les bonnes positions (position classique, position allongée, ou en « ballon de rugby »), de noter ses observations sur une fiche de surveillance de l'allaitement.
- Si le bébé dort beaucoup, si la perte de poids est déjà importante, si le colostrum est peu abondant, on proposera à la mère de faire une stimulation manuelle de l'aréole des seins toutes les 2 ou 3 heures, en plus des tétées. C'est une façon simple de ne pas prendre de retard dans le démarrage de la lactation. On pourra amorcer la venue du lait avant de mettre le bébé au sein. Parfois il faudra le stimuler, en le changeant avant la tétée par exemple.

5. Le deuxième jour après la naissance, soit à J2 : le démarrage

- Toilette brève pour éviter les pertes d'énergie : lavage des fesses si besoin ; déshabillage rapide, trempage dans un bain à 37° sans savonner, seulement pour la détente ; puis peau contre peau ou rhabillage
- Apprécier la venue du colostrum et la qualité de la tétée

- Observer les seins : tension des seins ? crevasses ?
- Apprécier l'aspect des selles : un méconium qui devient marron est le signe que le bébé a bien reçu du lait les jours précédents.

6. Le troisième jour après la naissance, soit à J3 : repérer les signes d'arrivée du deuxième lait

- Pour le bébé, c'est la rencontre franche avec le monde extérieur : toilette normale, moins de vêtements, test de Guthrie
- Pour la maman, c'est apprendre à repérer les signes d'arrivée du 2^{ème} lait : les seins sont tendus (et on lui apprendra à gérer une tension trop forte), le lait arrive en jet, on entend le bébé déglutir. On aidera la maman à repérer les phases de la tétée et on lui expliquera la notion des graisses de fin de tétée. Les selles deviennent marron, voire jaunâtres.

7. Le quatrième jour après la naissance, soit à J4 : la vitesse de croisière. La maman aura repéré les critères d'une bonne tétée

- La position du bébé est correcte. La tétée se fait en salves, avec un mouvement net du menton et avec des déglutitions audibles
- Les seins sont souples et confortables après les tétées
- La maman a soif en fin de tétée.
- Les selles sont jaunes, granuleuses, fréquentes, molles, voire liquides.
- Les urines sont claires et abondantes. Avoir 5 à 6 couches bien mouillées est le meilleur critère d'une bonne lactation.
- Le bébé grossit
- La mère et le bébé sont apaisés en fin de tétée

8. Le retour à la maison

La maman ainsi accompagnée et soutenue pendant son séjour en maternité aura pris progressivement confiance en elle et le retour à la maison pourra se faire dans la sérénité. Avant son départ, on prendra soin de lui rappeler les grands principes de la physiologie, les critères d'une tétée efficace et on la préviendra des difficultés qui peuvent survenir pendant les 1^{ères} semaines : rythmes et durée des tétées irréguliers, tension des seins, fièvre maternelle, nécessité de prendre un médicament, etc...

Il faut l'informer que peu de situations justifient un arrêt brutal de l'allaitement maternel et il faut s'assurer qu'elle connaisse les recours possibles pour le soutien de son allaitement : entourage ayant l'expérience de l'allaitement ; PMI, sage-femme, puéricultrice, médecin connaissant bien l'allaitement ; associations de mères formées à la conduite de l'allaitement (La Leche League, Solidarilait, associations locales
→ voir l'annuaire de la CoFAM : www.coordination-allaitement.org)

D) Les signes d'inefficacité de l'allaitement pendant les premiers jours

Il faudra rester particulièrement vigilant devant les signes suivants :

- Perte de poids supérieure à 7 ou 8 % , surtout si la succion du bébé est peu efficace. Une perte de poids de 10 – 11 % n'est pas grave si le bébé tète bien, alors qu'une perte de poids de 5 % chez un nouveau-né qui tète mal risque de poser des problèmes après la sortie de maternité.
- Perte de poids persistante après le 3^{ème} jour

- Nourrisson ne reprenant pas de poids à 5 jours
- Selles méconiales après le 4^{ème} jour, moins de 3 selles par jour
- Diurèse inférieure à 5-6 couches mouillées par 24h après le 4^{ème} jour
- Enfant irritable, agité, ou au contraire endormi et refusant de téter
- Pas de modification du volume des seins le 5^{ème} jour
- Douleur des mamelons persistant ou augmentant
- Engorgement du sein non diminué après la tétée
- Pas de reprise du poids de naissance à 14 jours

Dans toutes ces situations à risque, il faut analyser ce qui s'est passé pendant les 1ers jours, vérifier la position du bébé et surtout apprécier la qualité de la succion. La question essentielle est de savoir si le bébé prend bien du lait

En pratique, si le bébé a une bonne technique de bouche et de succion, tout manque de lait se traite par l'augmentation de la durée et de la fréquence des tétées. A l'inverse, si la succion est peu efficace, on recherchera une éventuelle pathologie chez la mère et / ou chez l'enfant et on n'hésitera pas à donner des compléments, de préférence constitués de lait maternel exprimé, ce qui aura pour avantage de stimuler la production maternelle.

A titre de conclusion,

Rappelons que le lait maternel est un aliment biologique inégalable et que l'allaitement procure une très grande richesse sensorielle et affective dans les échanges entre le bébé et sa mère. Rappelons aussi que l'allaitement est valorisant et constructeur pour la mère.

C'est notre rôle de professionnel de santé d'aider cette mère à réussir son projet avec son enfant. Certes, on peut être plus ou moins intéressé par l'allaitement maternel et il n'est pas déshonorant de ne pas tout savoir. Dans certains cas, il peut être utile de s'informer auprès d'associations de spécialistes, même si ce ne sont pas toujours des professionnels de santé : La Leche League, Solidarilait, Institut Co-Naître...

Références :

1. OMS : Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement – Genève 1999 – 122 pages
2. Les recommandations de l'ANAES : Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. ANAES – mai 2002 – 183 pages
3. J. McKenna : Allaitement et sommeil – 6^{ème} Journée Internationale de l'Allaitement – Versailles 2005
4. G. Gremmo-Féger : Allaitement maternel - l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit – Editions Erès - Spirale 2003 : dossier 27 ; 45-59
5. G. Gremmo-Féger : Indications médicales des compléments en maternité - Journée de L'ENVOL – Lille 2003
6. OMS : Hypoglycaemia of the newborn – review of the literature. Geneva : WHO 1997
7. ABM – Academy of Breastfeeding Medicine : Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycaemia in term breastfed neonates. San Diego : ABM 1999
8. I. Bayot et M.Thirion : Le point sur l'hypoglycémie néonatale - Dossiers de l'Obstétrique l'Obstétrique – 2001 : 297 ; 35-40 et Site Internet de Co-Naitre (mise à jour 2002) : <http://www.co-naitre.net>
9. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Young D, Leff M, Orleans M : : The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. - *Birth* 1990; 17 : 31-8
10. Huggins K, Petok E, Mireles O : Markers of lactation insufficiency : a study of 34 mothers – *Lactation* 2000; 1 : 25-35 - cité par Neifert MR (2)
11. Widdice L : The effects of breast reduction and breast augmentation surgery on lactation : an annotated bibliography - *J Hum Lact* 1993; 9(3):161-7
12. Soderstrom B : Helping the woman who has had breast surgery: a literature review *J Hum Lact* 1993; 9(3):169-71
13. Neifert M, McDonough SL, Neville MC : Failure of lactogenesis associated with placental retention. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 140 : 477-8
14. Anderson AM : Disruption of lactogenesis by retained placental fragments
15. *JHL* 2001; 17(2) : 142-4
16. Willis CE, Livingstone V : Infant insufficient milk syndrome associated with maternal postpartum hemorrhage. – *JHL* 1995; 11 : 123-6
17. Henly SJ, Anderson CM, Avery MD, Hills-Bonczyk SG, Potter S, Duckett LJ : Anemia and insufficient milk in first-time mothers – *Perinatal Care Education* 1995; 22 : 87-92
18. Marasco L, Marmet C, Shell E : Polycystic ovary syndrome : a connection to insufficient milk supply ? – *JHL* 2000; 16(2) : 143-8
19. Marmet C, Shell E, Marmet R : Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems - *J Hum Lact* 1990; 6(3) : 117-21